



ANTICONCEPCIÓN
HISTORIA CLINICA / FICHA REGISTRO
VIGENCIA SEMESTRAL (Resol.310/04 S.S.S. y Modificaciones)

DAR SALUD
RNOS 1-2800-3 OSPFeSIQyP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos de la Industria Química y Petroquímica
RNOS 1-2800-3

Los medios para enviar formularios son: por correo electrónico a asistencia@audifarmsalud.com.ar, por WhatsApp al 011-3841-6805. Ante cualquier consulta comuníquese al 011-3985-5439, en el horario de 8:00 a 17:00hs, los días hábiles.

Ingreso Reingreso

FECHA: ___/___/___

NOMBRE Y APELLIDO:

Nº DE BENEFICIARIO:

DNI TIPO:

DNI NRO:

DOMICILIO:

TEL.:

LOCALIDAD – PROVINCIA:

MAIL:

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

EDAD:

SEXO: F / M / O

NOTA: Es requisito indispensable que el médico tratante complete la **DOSIS DIARIA** solicitada en el cuadro, a fines de una correcta auditoría.

Ley 25.649, Art. Segundo "Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común Internacional que se indique, seguida de su forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración".

TRATAMIENTO SOLICITADO (*) OBLIGATORIO MÉDICO PRESCRIPTOR

MONODROGA*

POTENCIA*

PRESENTACIÓN*

DOSIS DIARIA*

ENVASES

Ejemplo de llenado de formulario medicamento	MONODROGA	POTENCIA	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	ENVASES
	drosiprenona+etinilestradiol	3/0.3 mg	comprimidos	1 x día	1 (uno)

DIAGNÓSTICO / PATOLOGÍA:

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

FECHA DE PRESCRIPCIÓN

IMPORTANTE: La presente debe estar acompañada de la prescripción / receta original para cada retiro mensual, es decir que la planilla no reemplaza a la orden médica para el retiro por mostrador de farmacia.